ITEM 285 : DIARRHÉE CHRONIQUE

NB : la Maladie Cœliaque est détaillée dans une fiche dédiée

Diarrhée = émission de selles trop fréquente, trop abondantes, de consistance anormale (liquide ou molle)
Définition clinique : **≥ 3 selles très molles à liquide/jour** → définition précise = **selles > 300g / 24h sur 72h**
Aiguë < 2 semaine **Prolongée** 2 à 4 semaines **Chronique** > 1mois

DD

- **Polyéxonération** par **dyschésie** ou **trouble de statique pelvienne** : selles fréquentes de consistance normale
- **Incontinence fécale** d'origine anale (émission plus fréquente et surtt non contrôlée)
- **Fausse diarrhée du constipé** : selles explosives, de composante liquide avec des petites selles dures, avec parfois émissions glaireuses associées à selles dures

Clinique

Caractéristique de la diarrhée

- Mode de début, degré d'impériosité (selle impérieuse : retenue < 15 minutes)
- **Aspect** : - **Graisseuse** = maldigestion/malabsorption - **Hémorragique/dysentérique** = colite
  - **Présence d'aliments non digérés** = motrice - **Liquide** = osmotique ou sécrétoire
- Horaire : - Groupées après les repas et au réveil = diarrhée motrice
  - Réparties dans la journée et selles nocturnes = cause organique
- Rôle de l'alimentation : cédant au jeu (motrice) ou non (sécrétoire)

Prise de médicaments

= Depuis l'apparition de la diarrhée et dans les 3 mois précédents
- Inhibition de la digestion glucidique : **acarbose**
- Inhibition de la digestion des graisses : **orlistat**
- Sécrétoire : **olsalazine, colchicine**
- Augmentation de la synthèse hépatique des acides biliaires : **metformine**
- Diminution de la fermentation intra-colique des glucides : **antibiotiques**
- Toxicité entérocytaire : **quinidine, immunothérapie**
- Atrophie villositaire : **olmésartan, mycophénolate mofétil**
- Colite microscopique : **veinotonique, lansoprazole, ticlopidine, sertraline, AINS**

Clinique

- **Examen abdomino-pelvien** avec **touchers pelviens** : sensibilité, hépatomégalie, sang/douleur au TR…

Carences

- **Amaigrissement, asthénie**
- **Retard de croissance** pondérale puis statural
- **Aménorrhée, retard pubertaire**
- **Anémie** : fer, folate, vitamine B12
- **Syndrome ferriprive** : perlèche, ongles et cheveux cassant

- **Hémorragie** (vit K) : gingivorragie, ecchymose, épistaxis
- **Hypoalbuminémie** : œdème, anasarque
- **Glossite** : vitamine B12/folates
- **Hyperkératose, *acrodermatis enteropathica*** (zinc)
- **Crampes musculaires, tétanie** (calcium, magnésium)
- **Ostéomalacie** : vitamine D, calcium, phosphore

Biologie

Examens systématiques d'orientation

- **NFS, CRP, iono, fonction rénale, bilan phosphocalcique, magnésémie**
- **Ferritinémie, vitamine B12, folates**
- **Temps de Quick** (carence en facteurs vitamine K-dépendants)
- **Electrophorèse des protéines plasmatiques** (hypoalbuminémie par exsudation)
- **TSH, glycémie à jeun, examen parasitologique des selles** (giardase)

± Selon contexte : **dosage pondéral des immunoglobulines, sérologie VIH**

Fécalogramme

= Etude des selles émises sur 72h, si possible en condition de vie normale, rarement fait
- **Poids des selles/24h** : confirme la diarrhée chronique si **> 300 g/j** ou **matière sèche < 12%**
- **Maldigestion/malabsorption des graisses** : **stéatorrhée > 7 g/j**
- **Elastase fécale** : ↘ en cas de maldigestion des graisses par insuffisance pancréatique exocrine
- **Teneur fécale en Na/K** : évalue les pertes à compenser

→ Calcul du **trou osmotique** = **290 – 2 x (Na+K)** : valeur > 50 en cas de diarrhée osmotique
- **Clairance de l'α1-antitrypsine** (avec taux sanguin en parallèle) : normale < 20 mL/24h, ↗ en cas d'exsudation de protéine dans la lumière digestive (entéropathie exsudative)
- **Test au rouge carmin :** signe une diarrhée motrice si positif *(cf encadré plus bas)*

EPS

= 2 examens parasitologiques des selles, sur 2 jours différents, non systématique : indiqué si
- Voyage récent en zone tropicale : ***Entamoeba histolytica, Giardia intestinalis***
- Immunodépression : Recherche de ***Cryptosporidium, Microsporidium***

Dosages sanguins selon le contexte

- **Ac anti-transglutaminase** si suspicion de maladie cœliaque
- **Sérotonine (+ 5-HIIA urinaire) + chromogranine A** si suspicion de tumeur carcinoïde (sécrétion par une tumeur intestinale ou une MT hépatique : **flush, diarrhée motrice** d'allure organique)
- **Chromogranine A, VIP, thyrocalcitonine** si suspicion de tumeur sécrétant un peptide responsable de diarrhée (diarrhée d'allure sécrétoire sans infection, tumeur intra-abdominale)
- **Histamine** ou **tryptase** si suspicion de mastocytose systémique (**flushs, urticaire pigmentaire**)

Etiologies	Paraclinique	Tests dynamiques	- **Test au rouge carmin** = temps entre l'ingestion de rouge carmin et l'apparition d'une selle rouge : accélération franche du transit intestinal (temps < 8h) en cas de diarrhée motrice - **Test de jeun :** persistance de la diarrhée en cas de diarrhée sécrétoire - **Test respiratoire au glucose/lactose** = mesure de l'hydrogène dans l'air expiré à intervalles réguliers après ingestion de 50g de glucose : ↗ du taux d'hydrogène si pullulation microbienne - **Test à la sécrétine** : syndrome de Zollinger-Ellinson
		Endoscopie	- **Endoscopie digestive haute** avec **biopsie du 2e duodénum** : atrophie villositaire, parasite - **Coloscopie totale** avec **iléoscopie** et **biopsies iléales et coliques** étagées systématique : colite microscopique ou infectieuse, MICI, cancer colorectal - Selon les circonstances : **entéroscopie** (+ biopsies), **examen par vidéocapsule** du grêle
		Imagerie	- **TDM AP+ :** Tumeur pancréatique, cancer colique, carcinose, pancréatite chronique, mésentérite au contact d'une tumeur carcinoïde ou lymphomateuse, lésions compatibles avec un lymphome digestif, une maladie de Crohn… - **Entéro-scanner** ou **entéro-IRM** (ou **transit baryté**) = après ingestion de PEG ou mannitol pour remplissage de la lumière intestinale : évaluation morphologique de la paroi de l'intestin grêle - **Octréoscan®** en cas de suspicion de tumeur endocrine : tumeur carcinoïde, gastrinome
	Contexte		- Diarrhée modérée *ancienne* d'allure *motrice* chez un *adulte jeune*, sans AEG ni anomalie à la bio, *répondant bien* au TTT symptomatique : **fonctionnelle** ? ➙ Aucune exploration +/- penser à la **maladie cœliaque** - Diarrhée chronique au retour d'un *voyage* : **parasitose chronique** (EPS, traitement d'épreuve si nécessaire) ? **trouble fonctionnel post-infectieux** ? **sprue tropicale** ? - Diarrhée modérée apparaissant à un *âge tardif*, *sans antécédent* personnel de colopathie fonctionnel : **cancer** ? par les examens morphologique (colon, pancréas, carcinose péritonéale) - Diarrhée *soudaine*, avec selles réparties et parfois *nocturnes*, chez les *femmes > 50 ans*, dans un contexte *auto-immun ou rhumatologique* ou avec prise de *médicaments* : **colite microscopique** ?
Etiologies	**Diarrhée motrice**	Diagnostic	- Secondaire à une accélération du transit intestinal - Selles liquides, survenant typiquement au réveil et en post-prandiale, impérieuses, groupées en salves, contenant des **débris alimentaire**, **cédant au jeun,** pas d'AEG ou d'amaigrissement classiquement - **Temps de transit** au rouge carmin **accéléré < 8h** - Bonne réponse aux traitements **ralentisseurs du transit** (lopéramide)
		Etiologies	- **Troubles fonctionnels intestinaux** : cause la plus fréquente - **Hyperthyroïdie** - *Tumeur carcinoïde* - *Cancer médullaire de la thyroïde (calcitonine)* - *Dysautonomie : diabète, amylose…*
	Diarrhée osmotique		= Selles liquides, mousseuses, sans AEG ni malabsorption, **cède à la disparation de l'agent osmotique** = molécules peu ou non absorbables qui séquestrent l'eau en intra-luminal Etiologies : - Ingestion de grandes **quantités de lactose** ou de **polyols (mannitol, sorbitol)** - **Intolérance au lactose, intolérance aux FODMAPs** - **Prise de magnésium** - **Diarrhée factice** par **ingestion cachée de laxatif** (exceptionnelle)
	Malabsorption	Déf°	= **Défaut d'absorption des graisses** qui nécessite la présence de sels biliaires + muqueuse intestinale saine + pH adéquat + enzymes pancréatiques - **Maldigestion** quand origine bilio-pancréatique - **Malabsorption** « vraie » quand pathologie du tube digestif - Cliniquement aspect des selles en « **bouses » grasses, collantes**, souvent **malodorantes** avec ±signes de **dénutrition/carences** *(cf encadré « carences » page 1*
		Etiologies principales	- **Maladie cœliaque** : cause la plus fréquente de malabsorption (cf aparté) - **Maladie de Crohn** touchant l'intestin grêle
		Etiologies rares	- **Entérite radique** après irradiation abdomino-pelvienne (même ancienne) - **Résection étendue de l'intestin grêle** - **Lymphome intestinal** - **Entéropathie médicamenteuse : olmésartan ++** - **Ischémie mésentérique chronique** : douleurs post-prandiales précoces, amaigrissement - **Sprue tropicale** : après voyage en zone tropicale, d'origine probablement infectieuse

	Malabsorption	Etiologies rares	**Pullulation microbienne chronique de l'intestin grêle**	= Sur stase du liquide digestif dans l'intestin : **déconjugaison des sels biliaires** - **Déficit en immunoglobulines** - **Achlorydrie gastrique** - **Troubles moteurs de l'intestin** : primitifs (pseudo-obstruction intestinale) ou secondaire (sclérodermie, amylose, diabète) - **Cause anatomique** : stase (anse borgne, diverticulose de l'intestin grêle, obstruction chronique) ou reflux de bactéries du colon vers le grêle - **Diagnostic par test respiratoire au glucose ou par test aux antibiotiques**
			Maladie de Whipple	= Maladie infectieuse à ***Tropheryma whipplei*** : BGP - **Polyarthrite séronégative** d'évolution capricieuse et prolongée - **Diarrhée chronique** (possiblement tardive) avec **malabsorption** ± **Atteinte neuro** (**démence, ophtalmoplégie, myoclonies**) et **cardiaques** - SG : **fièvre, AEG, polyadénopathie, pigmentation cutanée** - **Biopsie duodénale** : infiltration du chorion par des macrophages à inclusion PAS+, parfois avec atrophie villositaire partielle - Bactériologie : **PCR** sur prélèvement **sanguin** ou **biopsie duodénale** - TTT : **antibiothérapie** au long cours (**tétracycline** ou **Bactrim®** ≥ 1 an)
	Mal-digestion	Cause non intestinale	- **Insuffisance pancréatique exocrine** : pancréatite chronique - **Cholestase** prolongée	
	Diarrhée sécrétoire	Diagnostic	- Diarrhée typiquement *abondante* (> 500 mL/j) mais volume variable, *hydrique*, source d'une **fuite** importante de **potassium** et de **bicarbonates** - Ne régressant pas complétement au jeun	
		Etiologies	- **Maladie de Crohn** - **Colite microscopique** : rare (freq ± comme MICI), terrain femme environ 50 ans, svt iatrogène (ou forme primitive auto-immunes), début svt brutal avec aspect endoscopique normal mais biopsie anormale (colite collagène ou lymphocytaire) - **Parasitose chronique** (surtout chez l'immunodéprimé : *Giardia intestinalis, Isospora belli, Cryptosporidium*) - **Tumeur endocrine sécrétante** : . **Gastrine** (gastrinome) : syndrome de Zollinger-Ellison . **VIP** (vasoactive intestinal peptide) - **Mastocytose** - **Malabsorption primitive des acides biliaires :** défaut résorption des AB dans iléons terminal, test diagnostique et thérapeutique à la cholestyramine (soulage) - **Adénomes villeux ou adénocarcinomes coliques** (hypersécrétion de mucus) - **Iatrogène** : laxatifs irritants, colchicine	
	Diarrhée exsudative ou lésionnelle	= **Fuite dans la lumière digestive de composants du sang** (protéines, cholestérol, lymphocytes) par des **lésions ulcérées de la muqueuse digestive** ou d'une **fuite lymphatique intestinale**		
		Diagnostic	- Confirmé par la **clairance fécale de l'α1-antitrypsine > 20 mL/j** - Complication (si diarrhée majeure) : **hypo-albuminémie, hypogammaglobulinémie, hypocholestérolémie, lymphopénie**	
		Etiologies	- **Entéropathies organiques étendues** : **maladie de Crohn**… - Obstacle au drainage lymphatique intestinal : maladie de Waldmann (lymphangiectasie intestinale primitive), lymphome, compression tumorale mésentérique ou rétro-pancréatique, péricardite constrictive (hyperpression du canal thoracique)	